



TITLE:

脳下垂体腫瘍(臨床講義)

AUTHOR(S):

鳥潟, 隆三; 荒木, 千里

CITATION:

鳥潟, 隆三 ...[et al]. 脳下垂体腫瘍(臨床講義). 日本外科宝函 1936, 13(4): 535-546

ISSUE DATE:

1936-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205639>

RIGHT:

臨 床 講 義

腦 下 垂 體 腫 瘍

Hypophysentumor

(昭和11年3月21日講義)

教 授 醫 學 博 士 鳥 潟 隆 三 講 述

講 師 醫 學 博 士 荒 木 千 里 筆 記

(本稿ハ筆記者ニヨリテ増補サレタモノデアル)

第1例

〔患者〕 岸〇玉〇, 37歳, 女子。

〔主訴〕 頭痛, 視力障碍。

〔現病歴〕 昭和8年2月頃(約2年前)ヨリ漸次兩眼ノ視力障碍ヲ來シ次第ニ増悪シテ昭和9年9月兩顳側半盲症ノ診斷ノ下ニ本院眼科ニテ約1ヶ月間治療(放射線療法其他保存的療法)ヲ受ケ主訴ノ症狀ハ可ナリ輕快シタ。然ルニ昨年(昭和10年)6月頃ヨリ再ビ兩眼ノ雲霧感, 頭痛ヲ來シ増悪スル一方デ且ツ嗜眠ノ傾向ヲ來スニ至ツタ。惡心, 嘔吐ナク, 發汗ハ常人ヨリモ稍々多量ノ様ニ思ハレルガ, 發病來特ニ肥滿シタトモ思ハレズ又瘦削シタトモ思ハレナイ。尿量モ正常デロ渴モナイ。月經ハ多少不順デ過多ニ傾ク。懷妊シタ事ハナイ。

〔既往症〕 特記スベキ事ナシ。

〔一般所見〕 體格榮養中等, 「アクロメガリー」又ハ Dystrophia adiposogenitalis ノ所見ヲ認メナイ。毛髮ノ分布, 濃度正常。

〔眼所見〕 眼球運動障碍ナシ。瞳孔左右同大, 圓形, 對光反應緩徐ニシテ不充分。眼底ニハ兩側視神經萎縮アリ。鬱血乳頭ナシ。視野ニハ兩顳側半盲アリ(視野所見參照)。

〔血液所見〕 「エオジン」嗜好細胞4%。

〔腦脊髓液所見〕 液壓並ニ爾他ノ所見正常。

〔尿量〕 800—1200

〔藥學檢査〕 「アドレナリン」, 「ピロカルピン」, 「アトロピン」共陽性。

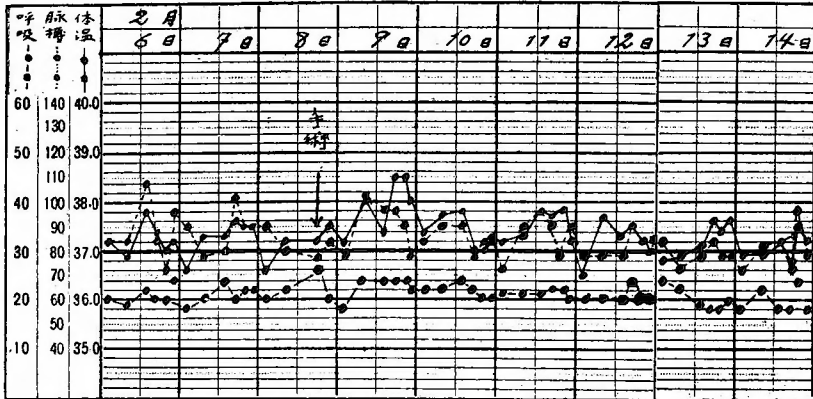
〔X線檢査〕 土耳其鞍窩ノ形, 大サ略々正常。石灰化ノ像ヲ認メズ(X線撮影參照)。

〔手術〕 昭和11年2月8日。洞前頭ノ硬膜内腦下垂體剔出術。

腫瘍ハ Chiasma ノ右半分ト右視神經トノ下ニ互リテ, 示指頭大充實性, 組織學的ニハ Kraniopharyngiom, 0.4gr.

〔術後経過〕 順調ニ経過シ手術創ハ第I期癒合。頭痛全ク去ル。自覺的ニハ視力モ可ナリ恢復セル如シト稱スルモ視野ハ術前ト殆ンド變化ナシ（術後1ヶ月迄）。術前過敏ナリシ藥效學的諸反應ハ術後全ク正常ニ復ス（視野所見参照）。術後34日目退院。

第 1 例



第2例

〔患者〕 山○實, 32歳, 男子。

〔主訴〕 視力障碍。

〔現病歴〕 約10年前ヨリ右眼ニ視力障碍ヲ來シ, 軽度ノ頭痛ガアツタガ, 一昨年頃ヨリ頭痛ハ激シクナリ嘔氣ヲ伴フ様ニナツタ。昨年5月頃ヨリ左眼ニモ視力障碍ヲ來シ右眼ハ昨年末遂ニ全ク失明スルニ至ツタ。頭痛ハ主トシテ兩側顳顬部ニ激シク嘔氣モ増強シタガ眩暈ハナイ。發病來多渴, 多尿, 多汗ヲ來シ, 最近ニハ記憶力衰ヘ次第ニ肥滿シテ來タ。又 Libido ノ減退ガアル。食慾佳, 睡眠不安, 便通3日ニ1行。

〔既往症〕 特記スベキモノナシ。

〔一般所見〕 體格中等, 榮養可, 稍々肥滿ス。〔アクロメガリー〕及ビ Dystrophia adiposogenitalis ノ所見ナシ。毛髮ノ分布及ビ濃度ニ異常ナシ。

〔眼所見〕 眼球運動正常。瞳孔左右同大, 對光反應ハ右側缺如, 左側緩徐ニシテ不充分。視力右側全盲, 左側5m/F (gl. b. n.)。兩側トモ視神經萎縮アリ。鬱血乳頭ナシ。視野左側ハ顳顬側半盲(視野所見参照)。

〔藥效學的検査〕 〔アドレナリン〕ニ弱陽性, 〔ピロカルピン〕ニ強陽性。

〔腦脊髄液〕 壓155, 其他異常ノ所見ナシ。

〔尿量〕 700—1300cc。

〔X線所見〕 土耳其鞍窩ハ著明ニ擴大, ballonartig, 鞍窩底ハ楔狀骨竇内ニ ausbuchten ス。鞍背ハ菲薄トナリ起立シ延長セル如ク見ユ。前牀狀突起モ同様ニ起立ス。鞍窩入口 (Sellaeingang) ハ鞍窩全體ノ擴大ニ略々比例シテ擴大セリ。此等ノ所見ハ鞍窩内腫瘍時ノ變化ニ一致ス (撮影



術 後

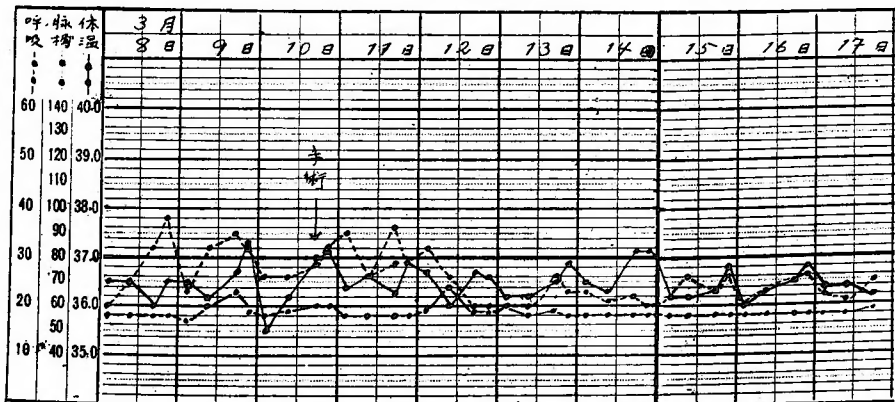
第 2 例

圖參照)。

〔手術〕 昭和11年3月10日。洞前頭の硬膜内脳下垂體剔出術。腫瘍ハ約拇指頭大、左視神經ヲ下ヨリ左上方ヘ持ち上グ、囊腫様、暗赤色ノ液ヲ穿刺ス。切開ニヨリ陳舊ノ凝血ヲ有スル液約 7.0cc ヲ排出ス。銳匙ヲ以テ殘部ノ腫瘍組織ヲ搔キ取ル。

〔標本〕 chromophobes Adenom, 0.5gr.

〔術後経過〕 順調ニ経過シ手術創ハ第 I 期癒合。嘔吐、頭痛消失ス。視野ハ術後 3週間迄ニハ術前ト大差ハナイ、術後26日目退院。



以上ノ2例ニ於ケル手術前ノ positiv ノ所見ヲ要約スルト次ノ如クデアル。

第1例デハ

- 1) 兩側視神經ノ primäre Atrophie.
- 2) 兩顳側半盲症 (bitemporale Hemianopsie).
- 3) 藥效學的ニ「アドレナリン」, 「ピロカルピン」, 「アトロピン」ニ對シテ甚ダ鋭敏デアル、即チ植物神經系ニ著明ナ緊張異常ガアル。
- 4) 自覺的症狀トシテ頭痛ト Schläfrigkeit トヲ訴ヘテ居ル。
- 5) 月經ガ近年不順デ過多ノ傾向ガアル。

6) 土耳其鞍窩ノX線像ニハ殆ンド變化ハナイ。

第2例デハ

- 1) 兩側視神經ノ primäre Atrophie.
- 2) 右眼全盲, 左眼顯顫側半盲。
- 3) 藥效學的ニ「アドレナリン」ニ對シテ弱陽性, 「ピロカルピン」ニ對シテ強陽性。
- 4) 自覺の症狀トシテ頭痛, 嘔吐, 多渴, 多尿, 多汗及ビ記憶力減弱ヲ訴ヘテ居ル。
- 5) 發病來肥滿シテ來タ。尙 Libido ノ減弱ヲ來シテ居ル。
- 6) X線的ニ土耳其鞍窩内腫瘍ニ相當スル著明ナル變化ヲ認メル。

此等ノ所見ノ中デ兩側視神經ノ primäre Atrophie ト顯顫側半盲症トガ有ル點ヨリ見テ, 之ハ如何シテモ視神經交叉部附近ニ病變ガアルト考ヘネバナラス。ソレニハ色々種類ノ病變ガアリ得ルガ, 此様な病歴ノ患者デ一番多イノハ腫瘍又ハ腫瘍類似ノ囊腫ノ如キモノデアルカラ, 先ヅ第1ニ腫瘍ヲ考ヘル。

視神經交叉部ヲ壓迫シテ斯様な症狀ヲ呈スル腫瘍ハ第1ニ腦下垂體ノ腫瘍, 第2ニ腦下垂體莖部ヨリ發生セル腫瘍, 第3ニ第III腦室底部即チ Hypothalamus ノ腫瘍, 第4ニハ附近ノ骨, 骨膜硬膜ヨリ發生スル腫瘍, 第5ニ Chiasma 自己ヨリ發生シタ腫瘍デアル。

一般ニ此等ノ腫瘍ヲ大キク2群ニ分ケテ, 土耳其鞍窩内腫瘍(intrasellärer Tumor) ト鞍窩上腫瘍(suprasellärer Tumor) トヲ區別スル。上述ノ中第1ノ腦下垂體腫瘍ハ前者ニ屬スルモノデアリ, 第2—5ハ後者即チ supraselläre Tumoren ニ屬スルモノデアル。此兩群トモニ其經過ノ一定ノ時期ニハ Chiasma 部ヲ壓迫シテ視神經ノ primäre Atrophie ト bitemporale Hemianopsie トヲ惹起スル。從ツテ鞍窩内カ鞍窩上カノ兩者ノ鑑別ハ他ノ症狀ニヨラネバナラス。其際有力ナ據所トナルノハ土耳其鞍窩ノX線像デアル。即チ intraselläre Tumoren デハ鞍窩ガ内側カラ expansiv ニ擴大サレテキルニ反シ, supraselläre Tumoren デハ鞍窩ヲ形成スル骨ノ諸突起即チ前後牀狀突起及ビ鞍背ニ上ヨリノ壓迫性變化ガ起ル。

鞍窩内腫瘍ノ場合ニハ(第1圖 B)鞍窩ハ ballonartig ニ擴大スル。其結果鞍窩底ハ菲薄トナリ楔狀骨竇内ニ向ツテ ausbuchten シ, 鞍背モ菲薄トナリ且ツ後退シ, 一見長サガ延ビタ様ニ見エル。又鞍窩前壁ト Planum sphenoidale トノ爲ス角度ガ小サクナル。前牀狀突起ニハ變化ガナイカ, 或ハ却ツテ起立舉上シテ見エル。

以上ノ様ニ鞍窩ガ擴大シテ居テモ鞍窩入口(Sellaeingang)ハ左程擴大サレテ居ナイ。又此等ノ變化ハ腫瘍ニヨル骨ノ壓迫萎縮性變化デアツテ, 破壞的ノ變化デハナイカラ, 菲薄不鮮明ナルモ大體原形ニ彷彿タル Konturヲ止メテ居リ全然破壞消失スル事ハ極メテ稀デアル。

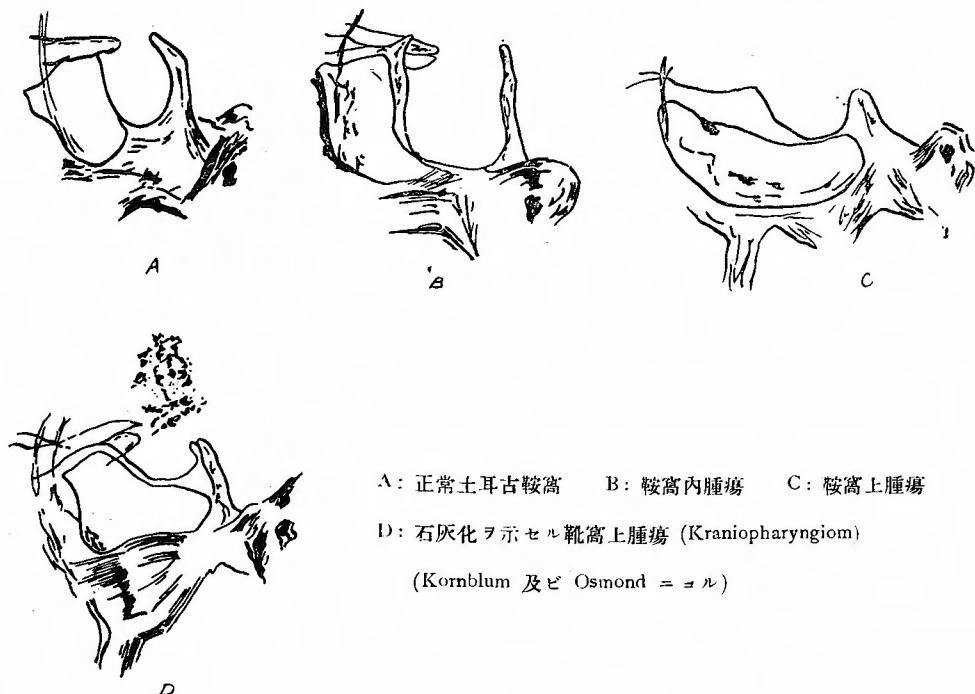
以上ガ鞍窩内腫瘍ニ特有ナ所見デアルガ毎常此様な定型の變化ヲ呈スルノデハナイ。Kornblum 及ビ Osmond¹⁾ニヨルト腦下垂體腺腫74例中ソノ100%ニ於テ鞍窩ノX線像ニ變化アリ,

1) A. of Neurol. & Psychiat. Vol. 34, P. 111, 1935

更ニソノ67例即チ90.5%ニ於テハ大體鞍窩内腫瘍ヲ思ハシムル變化(第1圖B)ヲ認メタト云フガ、之ハ手術又ハ剖檢後ノ retrospective ノ統計デアツテ實際手術前ニハ輕度ノ Sella ノ變化ニ診斷の意味ヲツケ得ルヤ否ヤニ就テ判斷ニ苦シム場合ガ少クナイ。

吾々ノ第2例ニ於テハ鞍窩ノX線像ニ著明ナル變化ガアリ而モ之ガ明ニ鞍窩内腫瘍ト診斷シ得ルモノデアツタガ、第1例デハ變化ガ輕微デ之ダケデハ何トモ判定シ得ナカツタ。

第 1 圖



A: 正常土耳其鞍窩 B: 鞍窩内腫瘍 C: 鞍窩上腫瘍

D: 石灰化ヲ示セル鞍窩上腫瘍 (Kranio-pharyngioma)

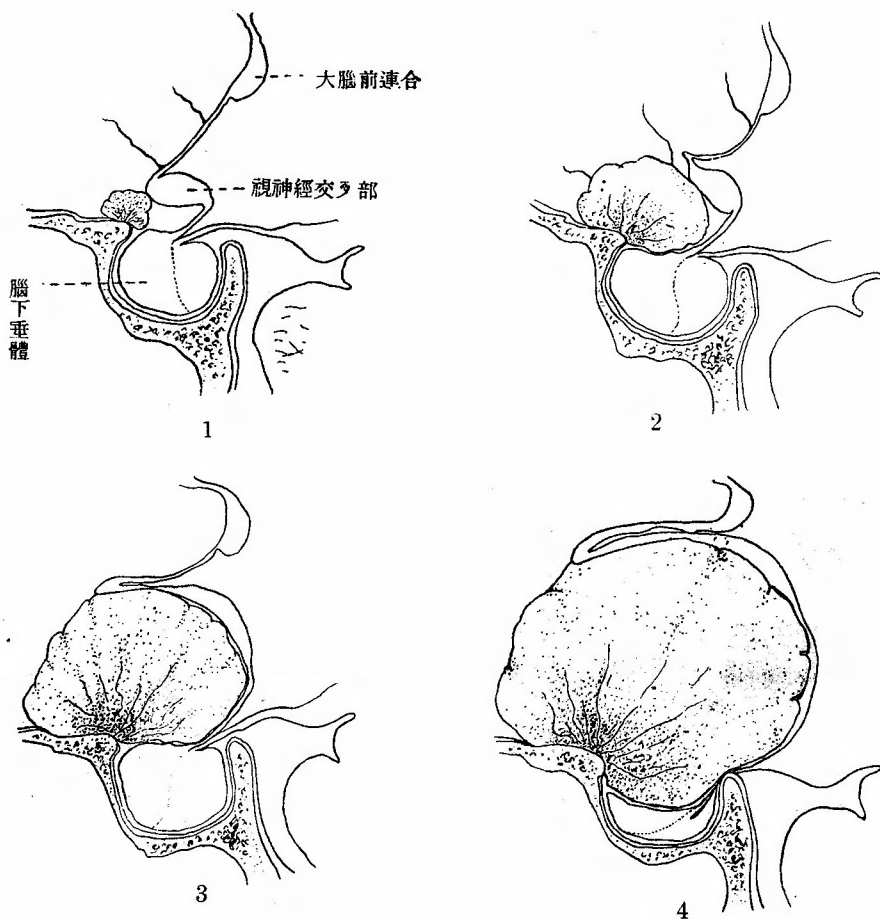
(Kornblum 及ビ Osmond ノル)

次ニ supraselläre Tumoren ニ於ケル鞍窩ノ變化トシテハ鞍窩入口ガ強ク擴大シ鞍窩底ノ楔狀骨竇内 Ausbuchtung ガ無ク、從ツテ鞍窩ハ扁平ナ schüsselförmig ナ Exkavation トナル。前牀狀突起ハ押シ付ケラレテ上ニ向ツテ konkav トナリ或ハ全ク破壊セラレ、後牀狀突起及ビ鞍背ハ菲薄トナリ短縮スル。又 Tuberculum sellae ガ侵蝕サレル爲ニ鞍窩前壁ト Planum sphenoidale トノナス角度ガ鈍トナル(第1圖C)。此際注意スベキハ内腦水腫(Hydrocephalus internus)ノ場合ニ之ト非常ニヨク似タ鞍窩ノ變化ヲ來ス事デアル。之ハ腦室内ノLiquorノ壓力ガ第III腦室底ヲ經テ鞍窩部ニ及ブ爲ニ生ズル變化デアルガ、元來内腦水腫ハ後頭蓋窩ノ腫瘍ノ際ニ最モ頻發スルモノデアルカラ、若シ此變化ノミニヨツテ腫瘍ノ位置ヲ「鞍窩上」ト判斷スルナラバ大ナル誤謬ニ陥ル事ニナラウ。唯此鑑別ニハ内腦水腫ニ於テハ鞍窩ノ變化ノ外ニ頭蓋穹窿部指壓痕ノ Vertiefung, 頭蓋縫合ノ開離, 血管溝ノ擴大等腦壓亢進ノX線所見ガ著明ニ現ハレルカラ、之ガ鑑別ニ役立つガ、併シ鞍窩上腫瘍デモ腦壓亢進ノX線所見ヲ呈スル事ガ少クナイカラ、

結局ハ他ノ神經學の症狀ヲ參考トシナケレバナラナイ事ニナルノデアル。鞍窩内腫瘍デ腦壓亢進症狀ヲ呈スル事ハ先ヅナイ。鞍窩上腫瘍デモ必ズシモ上述ノ如キ Sella ノ變化ヲ呈スルノデハナク、輕度ノ變化ヲ呈スルニ過ギナイ場合ニハ其判定ガ甚ダ困難デアル。又鞍窩上腫瘍ノ中ニハ Sella ニ全ク變化ヲ來サヌモノモアル。此際ニハ鞍窩上腫瘍ノ診斷ヲ助ケルモノトシテ次ノ2ツニ注意スル。

1) **Chiasmasyndrom**¹⁾ 之ハ i) 一次的視神經萎縮, ii) 兩顳側半盲症, iii) Sella ノX線像ニ變化ナキ事ノ3症候ヲ合シタモノデ(吾々ノ第1例), Cushing ニヨレバコノ3ツガアレバ夫ハ鞍窩上腫瘍就中 Tuberculum sellae ヨリ發生シタ Meningeom ニ定型的デアルト云フ(第2圖)。

第 2 圖



Tuberculum sellae ヨリ發生セル Meningeom ノ時4期 (Cushing & Eisenhardt, A. of Ophthalm. 1929ニヨル)

2) 鞍窩上石灰化 (Supraselläre Verkalkung, 第1圖 D) コノ大多數ハ Kraniopharyngiom (後述) デアル。Mc Lean ニヨレバ鞍窩上石灰化ノ85%ハ此腫瘍デアル。Kraniopharyngiom ハ

1) H. Cushing, A. of Ophth. Vol. 3, p. 505—551, 704—753, 1930

Kornblum 及ビ Osmond = ヨレバ59%, Mc Kenzie & Sosmon = ヨレバ71%ノ率ニ於テ石灰化ヲ來スモノデアルカラ鞍窩上 = fleckig 或ハ spritzerartig ノ石灰化ヲ證明シタナラバ先ヅ此腫瘍ト診斷シテヨイ。尙 Tuberculum sellae ヨリ發生スル Meningeom デモ其部ノ骨肥厚ノ形デ石灰化ヲ來ス事ガアル。以上ノ如ク X線像ノ上デ定型のナ變化ヲ證明スレバ鞍窩内腫瘍ト鞍窩上腫瘍トヲ區別シ得ル譯デアルガ、其際ト雖モ常ニ他ノ臨床症狀ヲ參照シテ始メテ診斷ヲ下スベキモノデアル。多數ノ内外ニ於ケル經驗ハ『Sella ノ X線像ノミニヨツテ診斷ヲ下ス事』ヲ絶對ニ許サナイ。

臨床的症候トシテ鞍窩内カ鞍窩上カラ決定スル第1ノ據所ハ腦下垂體ノ機能ノ狀態ヲ知ル事デアル。鞍窩内腫瘍ハ先ヅ腦下垂體腫瘍ト考ヘテ差支ヘナイ。其中最モ多イノハ腦下垂體ノ腺腫デアル。之ハ組織學的ニハ chromophiles (eosinophiles) Adenom ト chromophobes Adenom トヲ區別スル。何レモ腦下垂體 前葉ヨリ發生スルモノデアルガ、前者ハソノ機能亢進ノ形デ Akromegalie (或ハ小兒期ニ現ハレルト Riesenwuchs) トシテ現ハレ、後者ハ機能低下ノ形デ、發育抑制, infantiler Habitus, 身體毛髮ノ減少, 生殖機能障礙, runzlige Haut, 基礎代謝低下, 疲勞, 倦怠等ノ症狀ヲ呈スル。Dystrophia adiposogenitalis ノ病狀ノ一部ハ Hypothalamus ノ病變ニヨル症狀デアツテ腦下垂體ノ機能低下ノ病狀トハ必ズシモ一致シナイ。吾々ノ第1例ニ於テ月經過多ノ傾向アリ、第2例ニ於テ Libido ノ減退ヲ訴ヘテ居ルノハ、腦下垂體ノ機能變化ニ基クモノト考ヘ得ルガ、其他ニハ Akromegalie = 屬スル症狀ハ兩例トモニ認メラレズ、又腦下垂體ノ機能低下ノ症候モ明デナイ。此程度ノ機能變化ハ鞍窩上腫瘍デモアル事デアルカラ之ヲ以テ直ニ腦下垂體自己ノ腫瘍ト速斷スル事ハ出來ナイ。基礎代謝ガ亢進シテ居レバ腦下垂體ノ機能亢進ノ方ヘ持ツテ行ケルデアラウガ、吾々ノ例デハ之ハ検査シテナイ。腦下垂體腺腫デモ此様ニ腦下垂體機能障礙ノ顯著デナイ場合モ決シテ尠クナイノデアツテ、之ヲ fugitive Forin ト云フ。

藥效學的所見、之ハ腦下垂體カラデモ Hypothalamus カラモデ植物性神經ノ緊張異常ヲ來シ得ル。且ツソノ際 バセドウ氏病ニ於ケル Sympathikotonie ト云フ如ク一定ノ方向ニ現ハレルト限ラナイカラ、之モ鞍窩内カ鞍窩上カラ決定スル確ナ據所トハナリ得ナイ。

次ニ注目スベキ症狀ハ Hypothalamus ヨリノ症狀デアル。鞍窩上腫瘍ハ無論ノ事鞍窩内腫瘍デモ一程度ニ大キクナレバ Hypothalamus ヲ壓迫シテ其方面ヨリノ症狀ガ現ハレル。此際 Sella ノ X線の變化ガ少クテ Hypothalamus ノ方ノ症候ガ甚ダ顯著デアレバ鞍窩上腫瘍ヲ考フベキデアル。

Hypothalamussyndrom トシテハ 1) 多尿 2) 脂肪過多 3) 嗜眠ノ傾向 4) 體溫ノ異常上昇及ビ下降 5) 心臟ノ Rhythmus ノ變化 (Extrasystolie) 6) 躁狂狀態, 指南力ノ缺如ト云フ如キ精神障礙。之ハ basale Hirnregionen ガ大腦皮質ニ對シテ調節的影響ヲ及ボシテ居ル結果ト考ヘラレル。7) Genitaldystrophie.

コノ中 1)ハ所謂 Diabetes insipidus ノ状態デアリ 2) 及ビ 7)ハ Dystrophia adiposogenitalis ノ状態ニ該當スル。之等ハ腦下垂體が侵サレズ Hypothalamus ノ病變ノミニヨツテモ起リ得ル變化ナノデアル。

今吾々ノ例ニ就テ見ルニ第1例ニ於ケル嗜眠ノ傾向、第2例ニ於ケル多渴、多尿、多汗、肥滿及ビ記憶障礙等ハ凡テ Hypothalamus ニ對スル壓迫症狀トシテ説明シ得ラレルモノデアル。此點ヨリ見レバ第1例ヨリハ第2例ノ方ガ Hypothalamus ノ症狀ガ著明デアル。之ヲX線所見ト照シ合セテ見ルニ第1例ニ於テハ Sella ノ變化モ極メテ輕微ナノデアルカラ之ハ鞍窩内腫瘍トシテモ或ハ Cushing ノ Chiasmasyndrom ヲ呈シテ居ル點ヨリ Tuberculum sellae ノ Meningeom ト考ヘテモ何レニシテモ腫瘍ガ未ダ小サイト考フベキデアリ、第2例ニ於テハ Hypothalamus ノ症狀ガ比較的明デアルノミナラズ Sella ニモ鞍窩内腫瘍ノ著明ナ變化ガアルノデアルカラ鞍窩内腫瘍ガ相當大キクナツタモノ即チ鞍膜ヲ越エテ Hypothalamus ノ方ヘ相當大キク延ビタモノト考ヘネバナラス。此事ハ眼症狀ガ第2例ノ方ニヨリ著明デ其右眼ガ全盲ノ状態ニ至ツテ居ル事實トモヨク符合スル。尙兩例トモ頭痛ヲ訴ヘテ居ルガ之ハ必ズシモ腦壓亢進ノ1ツノ症狀ト解スベキデハナク腦髓外腫瘍デハ腦壓亢進ガナクテモヨク認メラレルモノデ、殊ニ腦下垂體腫瘍デハ屢々兩顳顬部頭痛 (bitemporale Kopfschmerzen) ノ形デ現ハレル。吾々ノ第2例ニ於テモコノ兩顳顬部頭痛ヲ訴ヘテ居ル。

又鞍窩上腫瘍デハ腫瘍ガ相當ニ大キクナルト Nachbarschaftsymptom トシテ眼筋運動神經即チ第 III, IV 及ビ VI 腦神經ノ麻痺ヲ來ス事ガアルガ之ハ多クハ末期ノ症狀デアツテ、吾々ノ例デハ無論スル症狀ハナイ。

以上ノ如キ諸種ノ所見ニ基イテ吾々ハ第2例ハ鞍窩内腫瘍ノ相當大キナモノ、第1例ハ鞍窩上 Meningeomモ除外シ得ナイガ矢張り鞍窩内腫瘍デアラウト云フ診斷ノドニ腦下垂體ニ向ツテ手術ヲ行ツタノデアルガ、吾々ハ豫期ノ如ク腦下垂體ノ腫大セルモノト思ハルル腫瘍ガ Chiasmaヲ強く壓迫シテ居ルヲ見出し之ヲ Morcellement ニヨツテ剔出シタ。

腫瘍ハ第1例ニ於テハ示指頭大デ全ク充實性デアツタガ、第2例ニ於テハ拇指頭大デ中ニ出血アリ爲ニ一部囊腫性トナツテ居タ。何レモ手術時ノ肉眼所見トシテ腺腫ト考ヘラレタ。然ルニ其組織學的所見ハ第2例ガ定型的ノ chromophobes Adenom デアルニ對シ、第1例ハ圖ラズモ Kraniopharyngiom デアル事ヲ示シタノデアル (第3圖)。即チ第2例ノ組織像ハ不規則ニ分枝シタ上皮細胞巢 (Nester) 或ハ Stränge ノ集合シタモノデ、Nester ノ外層ハ圓柱細胞ヨリ成リ、内部ハ大體扁平上皮細胞ニヨツテ充サレテ居ル。諸所ニ於テ myxomatös ニ變化シタクノ不規則ナ空洞ヲ形成シテ居ル。之ハ實質細胞カラデハナク間質ノ變性ニヨツテ生ジタモノハ様ニ見エル。血管ハ比較的少ク石灰化シタ部分モナイ。一見 Adamantinom 類似ノ所見デアル。

コノ Kraniopharyngiom ト云フノハ Ductus craniopharyngeus (第4圖)ノ遺殘細胞ヨリ發生スル上皮性腫瘍デアツテ Erdheim 氏腫瘍、Hypophysengangsgeschwulst, supraselläre Cyste 等ノ

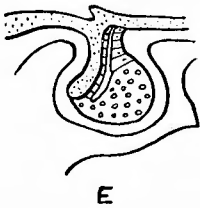
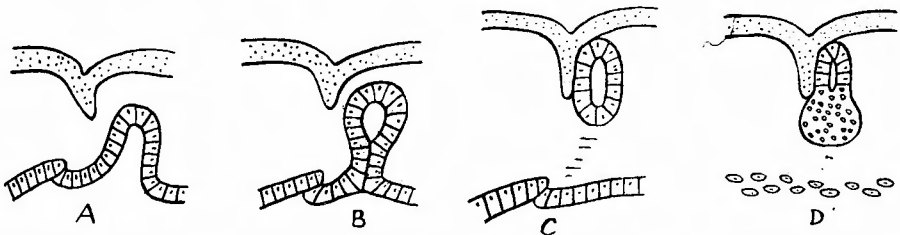
第 3 圖



別名ヲ以テ呼バレテ居ルモノデアル。

腦下垂體ハ發生學的ニハ Mundbucht
ヨリノ突起ト間腦カラノ突起トガ相合シ
テ出來タモノデアルガ、前者ハ口腔粘膜
ノ Ausbuchtung 即チ Ratkesche Tasche
ガ後上方ニ腦底ニ向ツテ伸ビ(之ヲ Ductus
craniopharyngeus ト云フ) 間腦ヨリ
ノ突起ヲ包ミ更ニ上ニ伸ビテ腦下垂體莖
ノ一部ヲ形成スル(第4圖)。コノ Ductus
craniopharyngeus ノ内腔ハ漸次閉鎖シ更
ニ楔狀骨ノ發育ニヨツテ口腔トノ連絡ヲ
絶タレル。正常人ニ於テモ腦下垂體ノ莖
部ニコノ Ductus craniopharyngeus ノ遺

第 4 圖



腦下垂體ノ發生 (A—E)

●部ハ間腦 ソノ下ノ上皮細胞ハ Mundbucht ヨリ延ビタル
Ratkesche Tasche od. Ductus craniopharyngeus

⊙部ハ上皮細胞ヨリ轉化セル腦下垂體前葉細胞

殘細胞タル扁平上皮細胞ノ小サナ Nester ヲ認メ得ル場合ガアル。之ヨリ發生シタ腫瘍ガ茲ニ
述ベル Kraniopharyngiom デアル。之ハ元來15歳前後ノ小兒ニ最モ多ク來ル腫瘍デアツテ定型
的ノ鞍窩上腫瘍デ囊腫性トナリ壁ニ石灰化ヲ來シ之ヲ X線像ノ上デ鞍窩上石灰化トシテ認メ得
ル事ガ特有デアル(第1圖 D)。腦下垂體自己ハ多クハ腫瘍ノ下ニ平タク壓迫サレテ居ルガ、或場
合ニハ腦下垂體ヲ肉眼的ニ認メ得ズ顯微鏡的ニ始メテ證明シ得ル事モアル。

吾々ノ例ハ臨床的ニハ鞍窩上石灰化モナク、又腫瘍ハ全ク充實性デ何レノ部分モ囊腫性ニナ
ツテ居ナカツタ。之ハ本腫瘍ガ未ダ發育ノ初期ニアル爲ト考ヘラレル。手術時吾々ハ此腫瘍ヲ

腦下垂體自己ノ腫瘍ト考ヘテ剔出シタノデアツテ、此腫瘍ノ他ニ別個ニ腦下垂體ガ存在シテキルカ否カハ確メ得ナカツタ。兎ニ角コノ例ハ Kraniopharyngiom トシテハ定型的ノ病狀ヲ呈シタモノデハナイガ、組織標本ハ疑モ無ク Kranionpharyngiom デアル。本腫瘍ノ報告例ハ吾國デハ未ダ極メテ少數デアル。

鞍窩上腫瘍トシテハコノ Kraniopharyngiom ト Tuberculum sellae ヨリノ Meningeom トガ最も多ク、他ノ第III腦室底ヨリノ「グリオーム」トカ視神經交叉部ノ「グリオーム」トカハ極メテ稀デ診斷上先ヅ普通ニハ考慮ニ入レナクテモヨイ程度ノモノデアル。從ツテ視神經交叉部附近ノ腫瘍トシテハ、1) 腦下垂體腫瘍カ、2) Kraniopharyngiom カ、3) Tuberculum sellae ヨリノ Meningeom カヲ鑑別スレバヨイ。此際直接診斷トシテ Akromegalie ノ變化ガアレバ1)、視野ノ變化アリ且ツ鞍窩上石灰化ガアレバ2)ト診斷シテ差支ナイ。尙 Chiasmasyndrom ガ具ツテ居レバ先ヅ3)ノ事ガ一番多イト云ハレルガ、之ハ提唱者 Cushing モ述ベテ居ル様ニ他ノ鞍窩上腫瘍ニモアル事デアツテ、夫ハ吾々ノ第1例ニヨツテモ明デアル。症狀ガ定型的デナイ場合ノ鑑別ノ據所トシテハ次ノ諸點ニ注意スル。

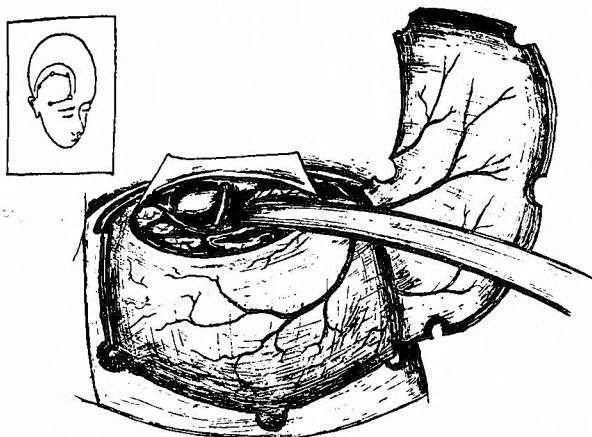
- 1) 腦下垂體腺腫ハ35歳前後ニ最も多イガ、Kraniopharyngiom ハ15歳前後ニ多イ。
 - 2) 前述 Sella ノX線像。
 - 3) Kraniopharyngiom デハ視野ノ缺損ガ規則正シイ兩顳側半盲デナクテ種々不規則奇異ナル缺損ヲ呈スル事が尠クナイ。
 - 4) 中年以上ノ患者ガ他ニ何等神經學的乃至X線の變化ナクシテ單ニ兩顳側半盲ノミヲ極メテ徐々ニ發生スル場合ハ Tuberculum sellae ノ Meningeom ガ多イ。
- 併シ實際ニ於テハコノ3者ノ鑑別ノ必ズシモ容易デナイ事が稀デナイ。其様ナ場合ニハ手術ヲ俟ツテ之ヲ決定シテモ差支ナイ。ト云フノハ3者何レモ今日デハ選ベキ療法トシテ同様な手術經路ニヨツテ手術的ニ處置シナケレバナラナイカラデアル。

手術ハ腦下垂體ガ腦底深ク略々ソノ中央部ニ位シテ居ル事ト、腦下垂體ノ周圍ニハ視神經、內頸動脈、海綿靜脈竇、嗅神經球、動眼神經等ノ如ク損傷シテハナラナイ重要ナ組織ガ取巻イテ居ル爲、勢ヒ手術野ガ極メテ狹隘ナル事ノ2點ニヨツテ比較的操作困難デアル。

近代神經外科ニ於テ一般ニ標準術式ト認メラレテ居ル方法ハ洞前頭ノ硬膜內術式 (transfrontales intradurales Vorgehen) デアツテ、硬膜ヲ開イテ蜘蛛膜下腔ニ入り一側前頭葉ノ底面ヲ通ツテ腦下垂體ニ到達スル方法デアル。此方法ニヨレバ比較の廣イ手術野ヲ得ラレル事が最大ノ利點デアル。吾々ノ教室デモ數年來此方法就中 C. Frazier¹⁾ ノ方法 (第5圖) ニ從ツテ手術ヲ行ツテ居ルガ成績ハ極メテ良好デアル。其際注意スベキ事ハ腦下垂體ニ達スル爲ニハ一側前頭葉ヲ箆デ持上ゲル必要ガアルガ之ニヨツテ起ル腦實質挫傷ヲ可及的ニ少クスル爲ニ豫メ大腦ヲ充分

1) Surg. Gynec. & Obstet. Vol. 55, p. 330, 1932

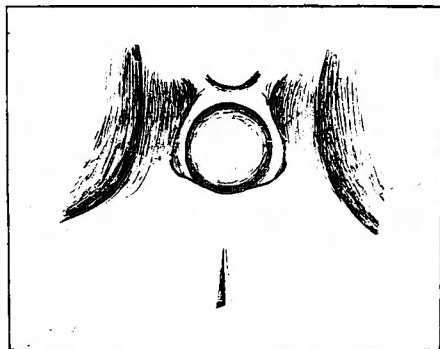
第 5 圖



萎縮セシメテ置ク事、ソレニハ側
腦室ノ前角穿刺ヲ行ツテ腦室内ノ
Liquorヲ適當ニ排除スル事(30-50
cc)ガ是非共必要デアル。之ニヨツ
テ大脳ハ強ク萎縮スル。ソコデ患
者ノ頭ヲ後方ニ懸垂セシメルト自
ラ腦底ニ可ナリ廣イ空間ヲ生ジ容
易ニ腦下垂體迄到達シ得ル。同様
ノ意味デ高張葡萄糖液ノ靜脈内注

射ヲ行フ事モアルガ、コノ手術ノ目的ニハソレ
ダケデハ腦ノ萎縮程度ガ不充分デアル。此様ニ
腦ノ萎縮ヲ行ツテ置イテモ尚且ツ神經組織ノ挫
傷ヲ絶對ニ防ギ得ルトハ限ラナイ。

手術後時ニ手術側ノ嗅覺障碍ヲ残ス事ガアル
ガ、之ハ手術時篋ノ壓迫ニヨツテ前頭葉底面ノ
嗅神經ヲ挫傷スルニ基因スルモノデアル。視神
經ノ如キモ外傷ニ對シテ可ナリ鋭敏デアルカラ



其ノ挫傷ヲ避ケル様ニ極力留意スル必要ガアル。原則トシテハ視力障碍ノ強イ側ノ前頭部ヨリ
手術ヲ行フガ、兩眼同程度ノ視力障碍デアルナラバ、必ズ右利キノ人デハ右側ヨリ手術ヲ行フ事
ニシナケレバナラヌ。之ハ假令前頭葉ノ挫傷ヲ來シテモ其脱落症狀ヲ成ルベク少クシヤウトノ
意味デアル。尙之ハ初心ノ人ヘノ注意デアルガ腦實質ニ「ガーゼ」ヲ當テテ其上カラ壓迫スル事
ハ絶對禁忌デアツテ、腦實質ハ必ズ『生理的食鹽水ヲ潤シタ綿花』ヲ以テ保護スベキデアル。之
モ腦實質ノ挫傷ヲ少クスル意味カラデアル。

一番手術野ガ廣イト認メラレル洞前頭の硬膜内術式ニ於テモ腦下垂體ノ解剖學的關係ヨリシ
テ、腦下垂體ヲ中心トスル手術野ハ尙且ツ極メテ狹隘デアル。勢ヒ腫瘍ノ剔出ハ Morcellement
ニヨツテ行フ事ガ多イガ、之デ果シテ手術ノ根治性ガドノ程度ニ期待シ得ラレルカニ就テハ尙
幾多ノ疑問ガアル。

Akromegalie-Adenom ノ場合ニハ恰モ**バセドウ**甲狀腺腫ニ於ケル如ク必ズシモ其ノ完全ナル
剔出ヲ要シナイガ、他ノ眞性腫瘍ニ於テ根治の效果ヲ得ル爲ニハ是非トモ腫瘍ヲ完全ニ剔出シ
ナケレバナラヌカラ、其點ハ今後大ニ改良ノ餘地ガアルト思フ。唯此部ノ腫瘍ハ Meningeom
ト云ヒ Kraniopharyngiom ト云ヒ、何レモ發育極メテ緩徐ナル良性腫瘍デアルカラ、完全ナ剔

出ガ行ハレナクテモ尙且ツ相當ノ年月ニ互ツテ患者ノ苦痛ヲ除ク事が出來ルノハ幸ト云ハナケレバナラス。

手術ノ危險ハ現在ノ方法ヲ正シク遂行シ且ツ多少ノ不徹底サヲ辛棒スルナラバ殆ンド危險ナシト云ヒ得ル。手術ニヨツテ直接死亡スル事ハ先ヅ無イ。

眼症狀ハ手術後多少トモ輕快スルノガ普通デアルガ、長期間持續シタ視神經ノ萎縮ハ腫瘍ヲ剔出シテ壓迫ヲ除去シテモ仲々恢復シナイ。頭痛ヤ Hypothalamussyndrom ハ通常手術後間モナク輕快乃至ハ全ク消失スル。

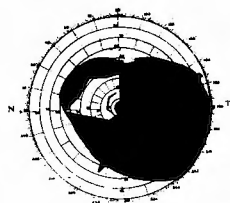
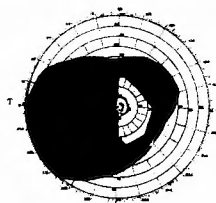
患者視野所見

第 1 例

術前 (11年1月22日)

左

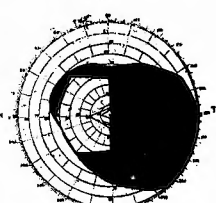
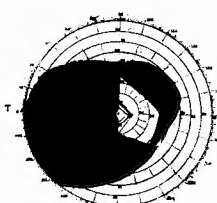
右



術後 15日目(11年2月22日)

左

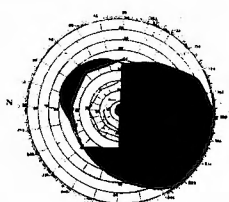
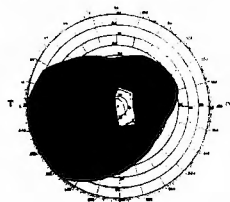
右



術後 29日目(11年3月7日)

左

右



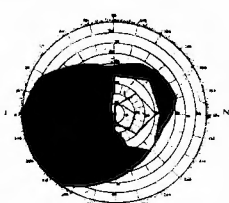
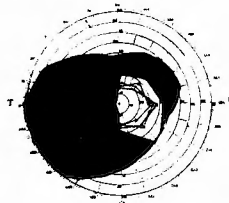
第 2 例

術前 (11年3月1日)

左

術後 14日目(11年3月22日)

左



第 1 例

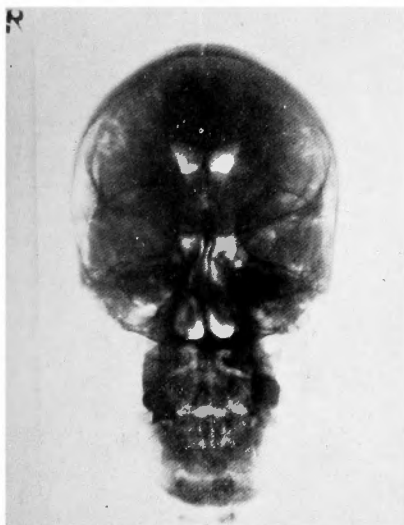
第 1 圖



第 2 圖



第 3 圖



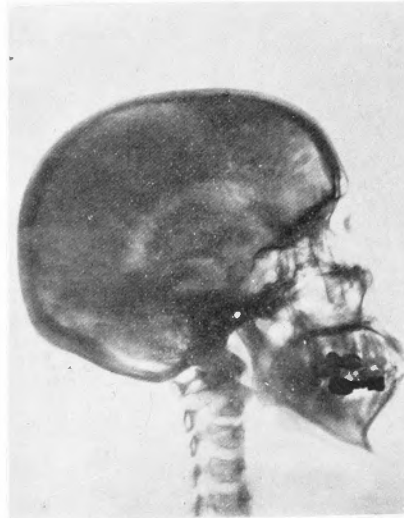
第 4 圖



第 5 圖

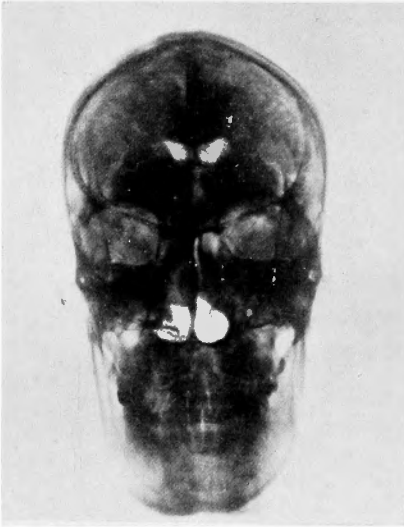


第 6 圖

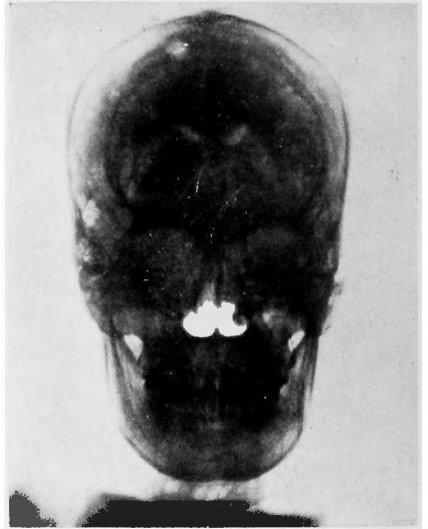


第 2 例

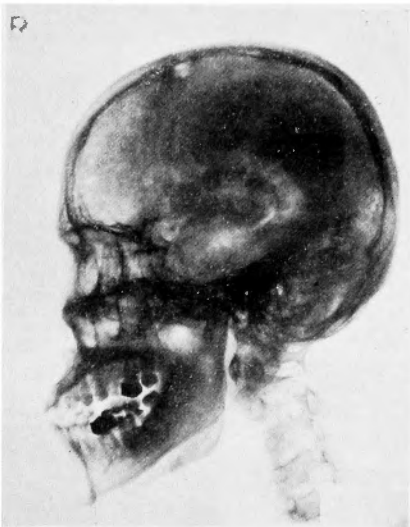
第 1 圖



第 2 圖



第 3 圖



第 4 圖

